

Araştırma Makalesi

Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2019;12(2):271-283

doi: 10.26559/mersinsbd.539324

Dört ilde çalışan aile sağlığı merkezi personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi, sosyodemografik ve işyeri ile ilgili bazı değişkenlerin buna etkisi

İbrahim Koruk¹, Coşkun Bakar², Ahmet Öner Kurt³, Serol Deveci⁴, Deniz Utku Altun⁵, Ayşana Zehra Keklik⁶, Canan Demir⁷, Leyla Üçeş Harmanoğulları⁸

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Şanlıurfa, Türkiye

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Çanakkale, Türkiye

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Mersin, Türkiye

⁴Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü, Manisa, Türkiye

⁵İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁶Ceylanpınar İlçe Sağlık Müdürlüğü, Şanlıurfa, Türkiye

⁷Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Şanlıurfa, Türkiye

⁸Mersin İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Mersin, Türkiye

Öz

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Şanlıurfa, Çanakkale, Mersin ve Manisa illerindeki aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları durumunu belirlemek, bazı sosyodemografik ve işyeri ile ilgili özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları durumuna etkisini saptamaktır. **Yöntem:** Araştırma, kesitsel tiptedir. Bu araştırma Şanlıurfa, Çanakkale, Manisa ve Mersin illerinde uygulanmıştır. İller olasılıklı olmayan örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma popülasyonu dört ilde görev yapmakta olan 1484 aile hekimi ile 1429 aile sağlığı elemanıdır. Araştırma için örneklem seçilmemiş olup tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Toplamda 917 aile hekimi, 963 aile sağlığı elemanına ulaşılmış olup araştırmaya katılım %64.5'tir. Çalışma verileri yapılandırılmış bir anket ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği II ile toplanmıştır. **Bulgular:** Bekar olanlar en fazla Şanlıurfa'da (%40.0) en az Manisa'dadır (%4.9). Herhangi bir kronik hastalığı olanlar Şanlıurfa'da daha az (%9.7), Mersin'de daha fazladır (%21.9). Kırsal bölgede çalışan sağlık personeli Şanlıurfa'da (%22.4) ve Çanakkale'de (%35.7) en fazladır. Gezici sağlık hizmeti sunumu en fazla Çanakkale (%94.2) ve Şanlıurfa'dadır (%56.5). İşinden memnun olmayanlar en fazla Şanlıurfa'dadır (%38.8). Sağlık personelinde en sık memnuniyetsizlik nedeni iş yükü fazlalığıdır. Fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi ve toplam SYBD puanları en düşük Şanlıurfa'daki çalışanlardadır. Sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanları açısından iller arasında farklılık bulunmamaktadır.

Yazının geliş tarihi:15.03.2019

Yazının kabul tarihi: 27.05.2019

Sorumlu yazar: İbrahim Koruk, Harran Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Osmanbey Yerleşkesi-Şanlıurfa. Tlf: 04143181494, e posta:ibrahimkoruk@yahoo.com

Not: Bu çalışma 20-24 Ekim 2014 tarihinde Edirne'de 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

Sonuç: Seçilen iller demografik özellikler, sağlık hizmeti sunumu ve sağlık personeli dağılımı açısından farklı özelliklere sahiptir. Özellikle, Şanlıurfa'da toplum sağlığı hizmetleri gereksinimi çok fazladır fakat sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları durumu iyi düzeyde değildir. Şanlıurfa'da çalışanların iş memnuniyetsizliği en yüksektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık insan gücü planlaması sadece kişi sayısına göre değil toplumun sağlık gereksinimleri de dikkate alınarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık çalışanı, işyeri memnuniyeti, iş yükü

Healthy life-style behaviors status of family health center personnel in four provinces and the effect of some variables related to sociodemographic and workplace on this situation

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the status of healthy lifestyle behaviors of family physicians and family health personnel in Şanlıurfa, Çanakkale, Mersin and Manisa provinces, and to determine the effect of some sociodemographic and workplace related characteristics on healthy lifestyle behaviors. **Methods:** This is a cross-sectional study. This study was carried out in Şanlıurfa, Çanakkale, Manisa and Mersin provinces. Provinces were selected by non-probability sampling method. The study population is 1484 family physicians and 1429 family health personnel working in four provinces. The sample was not selected for the research and it was aimed to reach the whole study population. In total, 917 family physicians and 963 family health personnel were reached. The level of participation in the research is 64.5%. The study data were collected with a structured questionnaire and Healthy Lifestyle Behavior Scale II. **Results:** In the research group, the single ones were the most common in Sanliurfa (40.0%) and the least in Manisa (4.9%). Health personnel with any chronic disease were less (9.7%) in Şanlıurfa and 21.9% in Mersin. The health personnel working in rural areas are the highest in Şanlıurfa (22.4%) and Çanakkale (35.7%). Mobile health service delivery is occurred mostly in Çanakkale (94.2%) and Şanlıurfa (56.5%). The ones who are not satisfied with their work are in Şanlıurfa (38.8%). The most frequent reason for dissatisfaction is the excess workload. Physical activity, nutrition and stress management and total healthy lifestyle behaviors scores are the lowest in Şanlıurfa. There is no difference between the provinces in terms of health responsibility, spiritual development and interpersonal relations scores. **Conclusion:** The selected provinces have different characteristics in terms of demographic characteristics, health service delivery and distribution of health personnel. In particular, the need for community health services is very high in Sanliurfa, but the healthy lifestyle behaviors status of health workers is not good. Employees in Şanlıurfa have the highest job dissatisfaction. Health manpower planning in primary health care should be done not only by the number of people but also by taking into account the health needs of the community.

Keywords: Healthy lifestyle behaviors, health personnel, workplace satisfaction, workload

Giriş

Yaşam tarzı ve sağlığı etkileyen davranışlar, dünya genelinde mortalite ve morbiditenin güçlü belirleyicileri durumundadır.¹ Sağlıklı olan yaşam biçimi davranışlarının düşük mortalite ve daha uzun yaşam beklentisi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^{2,3} Nitekim, literatürde de sigara içmek, dengesiz beslenmek, hareketsizlik gibi davranışların kalp

hastalığı, kanser, felç ve diyabet gibi en sık ölüme neden olan hastalıkların kökeninde yer aldığı belirtilmektedir.¹ Yine, sağlıklı olmayan yaşam biçimi davranışları ile kalp-damar hastalıkları ve bu sebeple gerçekleşen ölümler arasında ters yönlü ilişkiye işaret eden kuvvetli kanıtlar ileri sürülmektedir.⁴ Sağlıksız davranışlar birçok kronik hastalığın sıklığını arttırmakla kalmayıp, bu

hastalıklara bağlı sakatlıkları ve sağlık maliyetlerini de arttırmaktadır.^{1,5}

Günümüzde, bu olumsuz sonuçları önlemeye yönelik sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmaları öncelik kazanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığı üzerinde kontrolünü artırma süreci olarak tanımlanmaktadır.⁶ Başka bir ifade ile sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik halini koruyacak ve geliştirecek davranışlar kazanması ve sağlığı ile ilgili doğru kararları yaşamına yansıtabilmesidir. Dengeli beslenme, yeterli fiziksel aktivite, tütün kullanmama, doğru stres yönetimi uygulama, güvenli olmayan cinsel davranışlardan kaçınma gibi sağlıklı davranışları hayatın her aşamasına eklemek sağlıklı yaşama çabasının temelini oluşturmaktadır.⁷

Yaşamın önemli bir bölümünün geçirildiği iş yerleri de sağlıklı yaşama çabasının sürdürüldüğü yerlerden birisi olarak ele alınmalıdır.⁸ Sağlık kurumları ve sağlık çalışanları da bu çerçevenin içinde görülmelidir. Sağlıklı davranışların teşvik edilmesi çalışmaları ya da programları işyerinde güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı yaratıp, çalışanların özgüvenini, moral gücünü, iş doyumunu ve sağlık koruma becerilerini artırırken, streslerini azaltmaktadır. Bu programlar verimlilik artmasını sağlarken, işe devamsızlıkları, sağlık harcamalarını ve hukuki sorunları da azaltmaktadır. Bu programlar yürütülürken kişiyi olumlu ya da olumsuz etkileyen bireysel (yaş, cinsiyet, kronik hastalığı olma vs) ve iş ortamına bağlı faktörleri de dikkate almanın başarıyı arttırdığı bilinmektedir.^{8,9} Ancak, sağlık çalışanlarında artan iş yükü, stresli ve güvensiz çalışma koşulları bu grupta sağlıklı davranışların geliştirilmesini daha da önemli hale getirmektedir.¹⁰ Bireysel farklılıklar ve beklentilerin yanı sıra sağlık hizmeti gereksinimi ve sunumunda yaşanan bölgesel farklılıklar da sağlık çalışanlarının çalışma ve yaşam biçimini etkileyebilmektedir.

Bu araştırmanın amacı, Şanlıurfa, Çanakkale, Mersin ve Manisa illerine göre aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları durumunu belirlemek ve bazı sosyo-demografik ve işyeri ile ilgili özelliklerin buna etkisini saptamaktır.

Yöntem

Araştırma, kesitsel tiptedir. Bu araştırma Şanlıurfa, Çanakkale, Manisa ve Mersin illerinde uygulanmıştır. İller olasılıklı olmayan örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma popülasyonu, dört ilde görev yapmakta olan 1484'ü aile hekimi, 1429'u aile sağlığı elemanı olan toplam 2913 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Araştırma için örneklem seçilmemiş olup tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya, 917'si aile hekimi, 963'ü aile sağlığı elemanı olmak üzere toplam 1880 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılım düzeyi %64.5'tir.

Şanlıurfa'da 116 aile sağlığı merkezinde, 911 aile hekimi (AH) ve aile sağlığı elemanı (ASE) vardır (473 AH, 438 ASE). Çalışmaya 574 kişi katılmıştır. Katılım %63.0 olmuştur.

Çanakkale'de 52 aile sağlığı merkezinde, 270 aile hekimi ve aile sağlığı elemanı vardır (135 AH, 135 ASE). Çalışmaya 144 kişi katılmıştır. Katılım %53.3 olmuştur.

Mersin'de 136 aile sağlığı merkezinde 966 aile hekimi ve aile sağlığı elemanı vardır (483 AH, 483 ASE). Mersinde, çalışmaya 649 kişi katılmıştır. Katılım %67.1 olmuştur.

Manisa'da 161 aile sağlığı merkezinde, 766 aile hekimi ve aile sağlığı elemanı vardır (393 AH, 373 ASE). Çalışmaya 513 kişi katılmıştır. Katılım %66.9 olmuştur.

Araştırma bölgesi: Şanlıurfa'nın 2014 yılı nüfusu 1845667'tir. Şanlıurfa'da nüfusun %40.8'i 15 yaş altında iken %3.6'sı 65 yaş ve üzerindedir. İlin 2014 yılında kaba ölüm hızı %03.2; bebek ölüm hızı %017.9'dur. İlin Toplam doğurganlık hızı ise 4.52'dir. Şanlıurfa'da yüzbin nüfusa 122 hastane yatağı, 103 toplam hekim ve 98 hemşire düşmektedir.

Çanakkale'nin nüfusu 511790'dir. İlde 15 yaş altı nüfus toplam nüfusun %15.9'u iken 65 yaş ve üzeri nüfus %13.5'dir. Çanakkale ilinin kaba ölüm hızı %08.3; bebek ölüm hızı %07.1'dir. İlin toplam doğurganlık hızı 1.57'dir. Çanakkale'de yüzbin nüfusa 243 hastane yatağı, 142 toplam hekim, 194 hemşire düşmektedir.

Mersin'in 2014 yılı nüfusu 1705774'dir. İlde yaşayan nüfusun %24.3'ü 15 yaş altında, %7.8'i 65 yaş ve üzerindedir. 2014 yılı için ilin kaba ölüm hızı %04.8; bebek ölüm hızı %012.8; toplam doğurganlık hızı 2.2'dir. Mersin ilinde yüzbin nüfusa 192

hastane yatağı, 138 toplam hekim ve 139 hemşire düşmektedir.

Manisa'nın 2014 yılı nüfusu 1367905 kişi'dir. İl nüfusunun %20.9'u 15 yaş altında, %10.0'u 65 yaş ve üzerindedir. İlin 2014 yılı kaba ölüm hızı %06.8, bebek ölüm hızı %09.4'dür. Toplam doğurganlık hızı 1.93'tür. Manisa ilinde yüzbin nüfusa 281 hastane yatağı, 151 toplam hekim ve 155 hemşire düşmektedir.^{11,12}

Etik onay ve yasal izinler: Bu araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurulundan 17/02/2014 tarih 02 nolu oturum ve 01 sayılı karar ile onam alınmıştır. Çalışmanın aile sağlığı merkezlerinde uygulanabilmesi için Türkiye Halk Sağlığı Kurumundan 01/02/2014 tarih ve 67350377 sayılı yazı ile izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.

Araştırmanın uygulanması veri kaynakları: Araştırma verisi toplamada sosyo-demografik özellikleri ve mesleki özellikleri içeren bir anket ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" kullanılarak toplanmıştır. Anketlerin dağıtılmasında ve toplanmasında Halk Sağlığı Müdürlükleri aracılık etmiştir.

Anket, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sayısı, kronik hastalık durumu, engellilik durumu), çalışma yaşamı ve iş yeri ile ilgili özelliklerine (meslek, iş yerine uzaklık, iş yerine ulaşma süresi, çalışılan yerleşim yerinin niteliği, çalışma süresi), yapılan işin niteliğine (iş yerine istekli başlama durumu, işten memnuniyet durumu, misafir hasta sayısı, gezici sağlık hizmeti durumu) ve aile sağlığı birimine kayıtlıların demografik dağılımına (kayıtlı nüfus, bebek sayısı, gebe sayısı, 15-49 yaş kadın sayısı, 65 yaş üstü kişi sayısı,) ilişkin sorular içermektedir.

Gezici sağlık hizmeti değişkeni, hizmet için gidilen yerleşim yerinin aile sağlığı merkezine uzaklığı ve gidilen yerleşim yerindeki hizmet verilen kişi sayısı çarpılarak "km kişi" biriminden elde edilmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği Pender'in sağlığı geliştirme modeli kullanılarak Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. İlk defa 1987 yılında geliştirilen ölçek revizyonlara

uğramış ve son halini 1996 yılında almıştır. Walker ve arkadaşları tarafından 1996 yılında "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" geliştirilmiştir. Ölçek 52 adet sorudan ve manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt gruplarından oluşmaktadır. Ölçekte sorulara verilen yanıtlar "Hiçbir zaman" (1), "Düzenli olarak" (4) olacak şekilde ordinal olarak gruplandırılmıştır. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışların belirlenmesinde ve bu amaca yönelik programların etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmektedir.¹³

Araştırmanın bağımlı değişkeni SYBD durumudur (iyi/kötü). SYBD durumu, SYBD puanı median değer üzerinde olanlar "iyi", altında olanlar "kötü" olacak biçimde dikotom hale dönüştürülmesi ile elde edilmiştir. Ölçeği geliştiren yazarların bu yönde kullanıma dair olumlu ya da olumsuz bir önerileri bulunmamaktadır.¹³ Diğer özellikler bağımsız değişken olarak alınmıştır.

İstatistiksel analiz: Analizde SPSS versiyon 20.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler ve analizlerde Ki Kare Testi, Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır.

Değişkenlerin SYBD durumu üzerine etkilerinin birlikte gösterdiği lojistik regresyon modeli Backward stepwise-conditional yöntemi ile yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak farklılık yaratan; kategorik değişkenlerden şehir (Şanlıurfa/Diğerleri), sürekli değişkenlerden çalışanların yaşı, çalışanların sahip oldukları çocuk sayısı, çalışanların çalışma süresi, kayıtlı bebek sayısı, kayıtlı gebe sayısı, yaşlı nüfus sayısı değişkenleri ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

Bulgular

Bu çalışmada dört ilde toplam 1880 aile hekimi ve aile sağlığı elemanına ulaşılmıştır. Şanlıurfa'da daha az kadın çalışmaktadır (%56.4). Bekar olanlar en fazla Şanlıurfa'da (%40.0) en az Manisa'dadır

(%4.9). Lise düzeyinde sağlık çalışanı Şanlıurfa'da daha fazladır (%26.8). Herhangi bir kronik hastalığı olanlar Şanlıurfa'da daha

az (%9.7), Mersin'de daha fazladır (%21.9). Meslek dağılımı, engellilik durumu açısından iller arasında farklılık yoktur (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının bazı demografik özelliklerinin illere göre dağılımı

	Şanlıurfa		Çanakkale		Mersin		Manisa		Ki-Kare	p
	Sayı	%†	Sayı	%†	Sayı	%†	Sayı	%†		
Cinsiyet										
Erkek	250	43.6*	47	32.6	240	37.0	207	40.4	8.6	0.034
Kadın	324	56.4	97	67.4	409	63.0	306	59.6		
Medeni durum										
Bekâr	229	40.0*	14	9.7	59	9.1	25	4.9*	296.0	<0.001
En az bir kez evlenmiş	334	60.0	130	90.3	590	90.9	488	95.1		
Öğrenim durumu										
Lise	152	26.8*	16	11.1	79	12.2	85	16.6	50.3	<0.001
Lisans ve üzeri	416	73.2	128	88.9	570	87.8	428	83.4		
Meslek										
Hekim	273	47.6	63	43.8	312	48.1	269	52.4	4.6	0.201
Aile sağlığı elemanı	300	52.4	81	56.2	337	51.9	224	47.6		
Kronik hastalık durumu										
Var	55	9.7*	25	17.6	142	21.9*	83	16.2	33.2	<0.001
Yok	513	90.3	117	82.4	507	78.1	430	83.8		
Engellilik durumu										
Var	7	1.2	0	0.0	11	1.7	4	0.8	3.9	0.268
Yok	565	98.8	144	100.0	638	98.3	509	99.2		

† Sütun yüzdesi, * Fark yaratan grup

İş yeri kırsal bölgede bulunanlar Şanlıurfa'da (%22.4) ve Çanakkale'de (%35.7) en fazladır. Çalıştığı yere isteyerek başlayanlar en fazla Manisa'dadır (%94.8). Gezici sağlık hizmeti sırası ile en fazla Çanakkale (%94.2) ve Şanlıurfa'dadır (%56.5) (Tablo 2). Yaptığı işten memnun olmayanlar en fazla Şanlıurfa'dadır (%38.8) (Tablo 2). Memnuniyetsiz olanların en sık memnuniyetsizlik nedeni dört ilde de iş yükündeki fazlalık olarak belirlenmiştir.

Şanlıurfa'da çalışanlar daha gençtir (yaş ortancası 28) ve daha az çocuk sahibidir (çocuk ortancası 0). Şanlıurfa (ortanca 7 km) ve Mersin'de (ortanca 6 km) çalışanların ikamet adresleri iş yerine daha uzaktır. İş yerine ulaşım süresi en fazla Şanlıurfa'da (ortanca 20 dakika), en az Çanakkale'dedir (ortanca 10 dakika). Meslekte çalışma süresi

en az olanlar Şanlıurfa'dadır (ortanca 5 yıl). Aile hekimliği birimine kayıtlı en fazla nüfus Şanlıurfa'dadır (3878 kişi). Takip edilen gebe sayısı en fazla Şanlıurfa'dır (ortanca 57 gebe) en az Çanakkale'dedir (ortanca 22 gebe). Kayıtlı bebek sayısı en fazla Şanlıurfa'da (ortanca 100 bebek) en az Çanakkale'dedir (ortanca 34 bebek). Kayıtlı 15-49 yaş kadın sayısı en az Çanakkale'dedir (ortanca 815 kişi). Kayıtlı 65 yaş üstü nüfus ortancası en fazla Çanakkale (570 kişi) en az Şanlıurfa'dadır (ortanca 113 kişi). Mesafeye göre gezici sağlık hizmeti verme ortancası en yüksek Çanakkale'dedir (ortanca 10557 km kişi). Yıllık misafir hasta sayısı ortancası en fazla Çanakkale (2782 kişi) en az Şanlıurfa (ortanca 1350) ve Manisa'dadır (ortanca 200) (Tablo 3).

Tablo 2. Sağlık çalışanlarının iş yeri ile ilgili bazı özelliklerinin illere göre dağılımı

	Şanlıurfa	Çanakkale	Mersin	Manisa
--	-----------	-----------	--------	--------

	Sayı	%†	Sayı	%†	Sayı	%†	Sayı	%†	Ki Kare	p
İş yerinin bulunduğu yer										
İl/İlçe	440	77.6	92	64.3	546	84.1	448	87.3	48.2	<0.001
Kırsal bölge	127	22.4*	51	35.7*	103	15.9	65	12.7		
Göreve isteyerek başlama										
Evet	513	90.3	129	91.5	583	89.8	477	94.8*	10.4	0.015
Hayır	55	9.7	12	8.5	66	10.2	26	5.2		
İş memnuniyeti										
Memnun	348	61.2	99	69.7	479	73.8	399	77.8	40.5	<0.001
Memnun değil	221	38.8*	43	30.3	170	26.2	114	22.2		
Gezici sağlık hizmeti varlığı										
Var	301	56.5*	131	94.2*	230	35.4	203	40.2	187.6	<0.001
Yok	232	43.5	8	5.8	419	64.6	602	59.8		

† Sütun yüzdesi, * Fark yaratan grup

Fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi ve toplam SYBD puanları en düşük Şanlıurfa'dadır. Sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanları açısından iller arasında farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4).

SYBD durumu Şanlıurfa'da çalışanlarda kötü bulunmuştur. SYBD durumu ile cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, kronik hastalık durumu, engellilik durumu, çalışılan yerleşim yeri, göreve isteyerek başlama, gezici sağlık hizmeti durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 5).

SYBD durumu "iyi" olanlarda yaş, sahip olunan çocuk sayısı, meslekte toplam çalışma süresi, aile hekimine kayıtlı 65 yaş üstü kişi daha fazla, aile hekimine kayıtlı gebe sayısı ve bebek sayısı daha az olarak saptanmıştır (Tablo 6).

İstatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturan tüm değişkenlerin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon modeli sonucuna göre; çalışanların yaşındaki bir birimlik artış SYBD puanı üzerinde 0.98 kat olumlu etki yaparken, kayıtlı bebek sayısındaki bir birimlik artış 1.007 kat olumsuz etki yapmaktadır (Tablo 7). İş yeri memnuniyeti, ölçekteki pek çok soru ile örtüştüğü için lojistik regresyon analizine alınmamıştır.

Tartışma

Bu araştırma sonuçları, aynı aile sağlığı merkezi çalışanlarının farklı illerdeki SYBD'ı durumunu ortaya koyması ve bunu iş ortamı farklılıkları ile birlikte ele alması ve oldukça büyük bir örnekte yürütülmesi açısından önemlidir. Seçilen illerin coğrafik, demografik özellikleri, sağlık hizmeti sunumu ve sağlık personeli dağılımı açısından farklı özelliklere sahip olduğu gözlenmektedir. Şöyle ki; Şanlıurfa doğurganlığı en yüksek, genç nüfusu en fazla il iken Çanakkale ve Manisa yaşlı nüfusu en fazla olan illerdir. Nüfusa orantılı hekim dağılımı açısından dezavantajlı il Şanlıurfa'dır.¹¹ Bu çalışmada, genç, bekar ve meslekte deneyimi görece daha az sağlık çalışanları daha fazla Şanlıurfa'da iken Manisa'da bekarlar daha az, kronik hastalığı olanlar Mersin'de daha fazladır. Bu tablo Şanlıurfa'da sağlık personeli hareketliliğinin çok fazla olduğuna dolayısı ile sürekli boşalan kadrolara genç çalışanların atandığına, Mersin ve Manisa gibi illerde sağlık çalışanlarının daha yerleşik ve daha uzun süreli kaldıklarına işaret etmektedir. Nitekim, Manisa sağlık çalışanlarının en çok isteyerek çalışmaya başladıkları ildir. Çanakkale ise gezici sağlık hizmetinin yüksekliği, yıllık misafir hasta sayısının azlığı ve yaşlı nüfusunun yüksekliği ile dikkat çekmektedir.

Tablo 3. Çalışanlarının bazı demografik ve iş yeri özelliklerinin illere göre dağılımı

Sağlık personelinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları durumu

	Şanlıurfa	Çanakkale	Mersin	Manisa	Ki Kare†	p
Yaş						
Ortancası (Min-Mak)	28(18-65) *	40(24-60)	42(19-63)	42(24-63)	670.4	<0.001
Sahip olunan çocuk sayısı						
Ortancası (Min-Mak)	0(0-9)*	1(0-3)	2(0-8)	2(1-4)	402.9	<0.001
İş yerine uzaklık(km)						
Ortancası (Min-Mak)	7(0.01-110)*	2(0.1-100)	6(0.05-165)*	3(0-100)	59.4	<0.001
İş yerine ulaşım süresi (dk)						
Ortancası(Min-Mak)	20(0-150)*	10(1-90)*	15(1-180)	15(0-105)	56.2	<0.001
Çalışma süresi(yıl)						
Ortancası (Min-Mak)	5(0.08-37)*	17(1-35)	19(0.16-40)	20(1-38)	737.3	<0.001
Toplam kayıtlı nüfus						
Ortancası (Min-Mak)	3878 (261-4980)*	3615 (2040-4115)	3670 (376-5000)	3635 (375-4250)	91.5	<0.001
Kayıtlı gebe sayısı						
Ortancası (Min-Mak)	57(1-121)*	22(5-42)*	34(84-113)*	31(2-111)	573.9	<0.001
Kayıtlı 0-11 ay bebek sayısı						
Ortancası (Min-Mak)	100 (0-310)*	34 (9-69)*	53 (2-183)	48 (4-219)	778.3	<0.001
Kayıtlı 15-49 yaş kadın sayısı						
Ortancası (Min-Mak)	917 (32-6012)	815 (375-1643)*	941 (106-3325)	900 (20-1800)	23.5	<0.001
Kayıtlı 65 üstü nüfus						
Ortancası (Min-Mak)	113 (8-850)*	530 (35-1617)*	270 (5-2000)*	336 (65-1333)	730.7	<0.001
Gezici sağlık hizmeti(km kişi)						
Ortancası (Min-Mak)	0 (0-270900)	10557 (0-47028)*	0 (0-62645)	0 (0-45175)	126.2	<0.001
Yıllık misafir hasta sayısı						
Ortancası (Min-Mak)	1350 (0-9800)*	2782 (100-9529)*	2000 (1-13463)	200 (10-5000)*	412.4	<0.001

* Fark yaratan grup, †Analizlerde Kruskal Wallis Test kullanılmıştır

Tablo 4. İllere göre SYBD alt grup ve toplam puan düzeyleri

	Şanlıurfa	Çanakkale	Mersin	Manisa	Ki Kare†	p
Sağlık Sorumluluğu						
Puan Ortancası (Min-Mak)	20(9-36)	21(12-35)	20(9-36)	20(9-36)	5.2	0.15
Fiziksel Aktivite						
Puan Ortancası (Min-Mak)	15(8-32)*	16(8-30)	16(8-32)	16(8-32)	20.4	<0.001
Beslenme						
Puan Ortancası (Min-Mak)	19(9-36)*	21(11-34)	21(9-36)	21(10-76)	84.2	<0.001
Manevi Gelişim						
Puan Ortancası (Min-Mak)	26(9-36)	26(17-34)	26(9-36)	26(9-36)	5.5	0.13
Kişilerarası İlişkiler						
Ortancası (Min-Mak)	25(15-36)	25(17-36)	24(9-36)	25(9-49)	1.2	0.74
Stres Yönetimi						
Puan Ortancası (Min-Mak)	18(8-32)*	19(11-27)	19(8-32)	18(8-32)	16.5	0.001
Toplam						
Puan Ortancası (Min-Mak)	121(75-208)*	130(87-180)	128(52-208)	127(63-284)	20.4	<0.001

* Fark yaratan grup, †Analizlerde Kruskal Wallis Test kullanılmıştır

Bu çalışmanın sonuçları, özellikle Şanlıurfa'nın toplum ve sağlık çalışanları açısından dezavantajlı özelliklerine işaret etmektedir. Şanlıurfa, iş yerine uzaklığın ve iş yerine ulaşım süresinin en fazla olduğu ildir. Gezici sağlık hizmeti gereksinimi oldukça fazladır. Her ne kadar büyük şehir statüsünde olsa da kırsal alanı oldukça geniştir. Buna ilaveten aile hekimliği birimlerine kayıtlı nüfusun, bebek ve gebe sayısının da daha fazla olması açısından çalışma koşullarının zor, iş yükünün çok fazla olduğu söylenebilir. Nitekim bu durum Şanlıurfa'daki sağlık personelinin iş memnuniyetsizliğini de açıklar niteliktedir.

Bu araştırmada dört ildeki tüm sağlık çalışanlarının SYBD puanları Yalçinkaya ve ark.⁷ Denizli ve Afyon'da sağlık personeline yönelik yaptıkları çalışmada elde ettikleri sağlık sorumluluğu için 20.3, fiziksel aktivite için 14.8, beslenme için 20.8, manevi gelişim için 23.7, kişilerarası ilişkiler için 24.0, stres yönetimi için 18.0 ve toplam için 121.8 puan ortalamalarına çok benzer bulunmuştur. Ancak, ölçekten elde edilecek en yüksek puanın 208 olduğu dikkate alınır, sağlık çalışanlarının SYBD puanının çok iyi olduğu söylenemez.¹³ Halbuki sağlık çalışanların bu davranışların önemi ve uzun dönem etkileri konusunda diğer insanlardan daha fazla bilgili olmaları beklenmektedir.¹

Tablo 5. Çalışanların bazı özelliklerinin SYBD durumuna göre dağılımı

SYBD Durumu

	İyi		Kötü		Ki Kare	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Çalışılan şehir						
Şanlıurfa*	170	42.0	235	58.0	17.2	0.001
Çanakkale	58	55.8	46	44.2		
Mersin	235	54.4	197	45.6		
Manisa	238	53.6	206	46.4		
Cinsiyet						
Erkek	294	50.7	286	49.3	0.1	0.96
Kadın	407	50.6	398	49.4		
Medeni durum						
Bekâr	108	47.2	121	52.8	1.3	0.25
En az bir kez evlenmiş	593	51.3	563	48.7		
Öğrenim durumu						
Lise	116	49.8	117	50.2	0.1	0.77
Lisans ve üzeri	583	50.8	564	49.2		
Mesleki durumu						
Hekim	366	51.3	348	48.7	0.2	0.61
Aile sağlığı elemanı	335	49.9	336	50.1		
Kronik hastalık durumu						
Var	107	50.7	104	49.3	0.1	0.96
Yok	591	50.6	578	49.4		
Engellilik durumu						
Var	7	43.8	9	56.2	0.3	0.57
Yok	694	50.8	673	49.2		
Çalışılan yer						
İlçe merkezi/köyü	496	51.8	461	48.2	1.5	0.21
İl merkezi/köyü	204	48.2	219	51.8		
Görev yerine isteyerek başlama durumu						
Evet	652	51.5	615	48.5	3.5	0.058
Hayır	43	41.7	60	58.3		
Gezici sağlık hizmeti durumu						
Var	327	51.3	310	48.7	0.2	0.64
Yok	356	50.1	355	49.9		

* Fark yaratan grup

Sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBD toplam puanı Şanlıurfa'da en düşüktür. Farklı bölgelerde ve kültürlerde yaşayan insanların farklı sağlıklı yaşam biçimi davranış özellikleri göstermesi beklenen bir durumdur.¹³ Yine küçük yerleşim yerlerinde

stres yönetimi ve fiziksel aktivite davranışları daha olumsuz etkilenmektedir.¹⁵ Ancak, araştırma sonuçları da dikkate alındığında buradaki farklılık Şanlıurfa'daki yoğun iş yükü ve sağlık personelinin niteliği ile ilişkili görünmektedir.

Tablo 6. Çalışanlarla ve işle ilgili bazı özelliklerin SYBD durumuna göre düzeyleri

	SYBD Durumu			
	İyi	Kötü	M-WU	p
Yaş Ortancası (Min-Mak)	40(19-63)	37(19-63)	206648.5	<0.001
Sahip olduğu çocuk sayısı Ortancası (Min-Mak)	2(0-5)	1(0-4)	185864.5	0.002
İkamet edilen yerin iş yerine uzaklığı (km) Ortancası (Min-Mak)	5(0-110)	5(0-165)	204372.0	0.21
İkamet edilen yerin iş yerine uzaklığı (dakika) Ortancası (Min-Mak)	15(0-120)	15(0-180)	216590.0	0.30
Meslekte toplam çalışma süresi (yıl) Ortancası (Min-Mak)	17(0-36)	15(0-38)	169415.5	<0.001
Toplam kayıtlı nüfus Ortancası (Min-Mak)	3693.5(376-4980)	3750(261-4320)	196248.5	0.21
Kayıtlı gebe sayısı Ortancası (Min-Mak)	35(2-121)	37(1-121)	182635.0	0.038
Kayıtlı 0-11 ay bebek sayısı Ortancası (Min-Mak)	55(0-310)	60(10-310)	169415.5	<0.001
Kayıtlı 15-49 yaş kadın sayısı Ortancası (Min-Mak)	925(32-6012)	914(20-2800)	165190.5	0.09
Kayıtlı 65 yaş üstü nüfus Ortancası (Min-Mak)	270(17-1650)	224(8-2000)	155722.5	0.001
Yıllık misafir hasta sayısı Ortancası (Min-Mak)	1067(0-13463)	1159(0-12183)	108284.5	0.53
Gezici sağlık hizmeti (km kişi) Ortancası (Min-Mak)	0.0(0.0-151000)	0.0(0.0-83000)	237517.0	0.72

Sağlık çalışanlarının artan yaşla birlikte SYBD olumlu yönde değişmektedir. Başka bir ifade ile genç çalışanlar SYBD açısından risk altındadır. Benzer biçimde Aydın ve İzmir'de yapılan çalışmalarda yaş artışı ile birlikte sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme faktörü puanlarında artış olduğu belirtilmiştir.^{16,17} Yaş artışının deneyim, algı artışı, kronik hastalık varlığı gibi pek çok faktör üzerinden bir etki gerçekleştirme olasılığı yüksektir. Ancak, her çalışmada da yaş faktörünün belirleyici etkisi gözlenmemektedir. Bu nedenle toplumun tüm kesimleri için ortak özellikte sağlıklı yaşam biçimleri belirleyicileri tanımlamak oldukça zordur. Bu sonuçlarda kültürel ve sosyal yapıların da çok etkili olduğu göz önünde tutulmalıdır.^{16,18-20}

Hastaneler ve birinci basamak sağlık kurumları yaptıkları işle ilgili detaylar, çalışma ortamı ve iletişim içinde buldukları kişiler açısından farklılıklar

göstermektedir. Değerlendirmelerde ve araştırmalarda bu durum gözden kaçırılmamalıdır.¹⁴ Hastanelerden farklı olarak kayıtlı bebek sayısı aile sağlığı birimleri için önemli bir iş yükü göstergesidir ve kayıtlı bebek sayısındaki artış ASM çalışanlarının sağlıklı davranışlar göstermelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bilindiği gibi başa çıkamayacak düzeyde artan iş yükü hem stresi arttırmakta hem de kişilerin kendine zaman ayırmalarını zorlaştırmaktadır. Nitekim, Düzce'de yürütülen bir çalışmada artan nöbet sayısının beslenme ve egzersiz alt boyutlarını olumsuz etkilediği belirmiştir.¹⁵ Malatya'da da araştırma görevlisi hekimlerin katıldığı bir çalışmada temel tıp bilimlerinde eğitim alan asistanların nöbet tutmadıkları, hasta ile karşılaşmadıkları ve stres faktörlerinin daha az olduğu, kendilerine daha fazla zaman ayırdıkları bu nedenle sağlıklı

davranışlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir.²¹

Tablo 7. Sağlık çalışanlarının SYBD düzeyine etkisi olan değişkenlerin gösterildiği lojistik regresyon modeli

	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
Çalışan yaşı(sürekli)	-0.02	0.005	0.98	0.96	0.99
Kayıtlı bebek sayısı(sürekli)	0.007	0.009	1.007	1.002	1.013
Kayıtlı gebe sayısı(sürekli)	-0.009	0.08	0.99	0.981	1.001
Sabit	0.64	0.06	1.89		

Bölgeler arasında sosyal, ekonomik, coğrafik farklılıklar vardır. Bu durum sağlık hizmeti ihtiyacını farklılaştırdığı gibi sağlık hizmeti sunan profesyonellerin niteliğini de farklılaştırmaktadır. Bazı bölgelerdeki yüksek gezici sağlık hizmeti gereksinimleri, gelişmekte olan bölgelerdeki neredeyse üç katı aşan ana çocuk sağlığı hizmetleri gereksinimleri, düşük eğitim ve kültürel farklılıkların neden olduğu sağlık programlarına uyum sorunları sağlık kurumlarındaki iş yükünü de arttırmaktadır. Bu bölgelerde çalışanların kendilerini geliştirme fırsatları daha azdır ve iş memnuniyetleri düşüktür. Bu da sağlık insan gücü hareketliliğini arttırmaktadır. Bu durum özellikle birinci basamakta bütünsel ve sürekli sağlık hizmeti sunumunu zorlaştırmaktadır. Bu nedenle sağlık insan gücü planlaması sadece nüfusa göre değil, toplumun sağlık gereksinimleri de dikkate alınarak yapılmalıdır.

İşyerlerinde çalışanların organize bir topluluk olması, çalışanlara ulaşma kolaylığı, çalışan kişilerin günün önemli bir bölümünü işte geçirmesi, aynı işyerinde çalışan kişilerin akran özellikleri ve grup dinamiklerinin daha kolay oluşturulabilmesi gibi özellikler, işyerlerini sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından elverişli kılmaktadır. İşyerinde sağlığı geliştirme çalışmaları hem işverenin kazançları hem de çalışanların güvenli, sağlıklı ve iş memnuniyeti yüksek olarak çalışmaları için İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları çok önemli olmaktadır. Programlar kişisel ya da örgütsel düzeyde müdahaleleri içerebilmektedir.^{22,23} Çalışma

sonuçları da dikkate alındığında genç yaşta çalışanlardan başlayarak eğitimler, davranış değişikliği çalışmalarını içeren programlar geliştirilmelidir. Hem sağlık hizmeti gereksinimi hem de sağlık personelinin niteliği açısından bölgeler arası farklılıklar olduğu unutulmamalı ve desteğe ihtiyacı olan bölgeler yalnız bırakılmamalıdır. Bölgeler arası eşitsizlikten kaynaklı olarak artan sağlık gereksiniminin karşılanması sadece sağlık personelinin çabasına bırakılmamalı örgütsel geliştirmelerle de desteklenmelidir.

Teşekkür

Araştırmaya yaptıkları katkılarından dolayı Doç. Dr. Fatma Ersin'e, Dr. Burhan Kütük'e, Dr. Hülya Sönmezler'e, Dr. Muzaffer Çalışkan'a veri toplamadaki destekleri ve ölçeği kullanma konularındaki önerileri için teşekkür ederiz.

Yazar katkıları :İbrahim Koruk, Ahmet Öner Kurt planlama, makalenin yazımı, Coşkun Bakar, Serol Deveci makalenin revize edilmesi ve veri toplama, Deniz Utku Altun, Aysana Zehra Keklik, Canan Demir, Leyla Üçeş Harmanoğulları veri toplama aşamalarında katkı sunmuşlardır.

Çıkar çatışması :Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Ford ES, Zhao G, Tsai J, Li C. Low-risk lifestyle behaviors and all-cause mortality: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III Mortality Study. *Am J Public Health* 2011;101(10):1922-1929.
2. Krueger PM, Chang VW. Being poor and coping with stress: Health behaviors and the risk of death. *Am J Public Health* 2008;98(5):889-896.
3. Tamakoshi A, Tamakoshi K, Lin Y, Yagyu K, Kikuchi S, Group JS. Healthy lifestyle and preventable death: Findings from the Japan collaborative cohort (JACC) study. *Prev Med* 2009;48(5):486-492.
4. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, Murray CJ, Ezzati M. The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med* 2009;6(4):1-23.
5. Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Ben-Shlomo Y, Longley M, Gallacher J. Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia: evidence from the Caerphilly cohort study. *PLoS One* 2013;8(12):1-7.
6. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. 1. Basım, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları(No: 814). 2011: 1-2.
7. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(6):409-420.
8. Koseoglu Ornek O, Esin MN. Occupational health nursing in Turkey: An international update. *Workplace Health Saf* 2015;63(1):33-38.
9. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012;20(2):166-176.
10. World Health Organisation. Health workforce.Erişim yeri: <https://www.who.int/hrh/en/>, Erişim tarihi: 05.02.2019.
11. Türkiye İstatistik Kurumu. Konularına Göre İstatistikler. Erişim yeri: <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=kategorist>. Erişim tarihi: 05.02.2019.
12. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Türkiye Kent Sağlık Göstergeleri (Tanımlama, Sınıflama, Değerlendirme, Öneriler). 1. Basım, Bursa, Rotaofset, 2013:23-151
13. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kissal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(1):1-13.
14. Profis M, Simon-Tuval T. The influence of healthcare workers' occupation on health promoting lifestyle profile. *Ind Health* 2016;54(5):439-447.
15. Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016;6(1):19-29.
16. Beser A, Bahar Z, Büyükkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Industrial Health* 2007;45(1):151-159.
17. Ozvurmaz S, Mandiracioglu A. Healthy lifestyle behavior of employees in small and medium-sized enterprises in Aydın, Turkey. *Pak J Med Sci* 2017;33(2):404-410.
18. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;1(2):53-67.
19. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Dergisi* 2012;26(3):151-157.
20. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2009;2(4):145-154.

21. Türkol E, Güneř G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2012;19(3):159-166.

22. Occupational safety and health administration. Workplace health promotion for employees. Erişim yeri: <https://osha.europa.eu/en/tools-and->

[publications/publications/factsheets/94](https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/94), Erişim tarihi: 03.03.2019.

23. Centers for Disease Control and Prevention. Workplace Health Promotion. Erişim yeri: <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/index.html>, Erişim tarihi: 03.03.2019.